

N° DE AFILIADO/A:

## DECLARACIÓN JURADA

### BENEFICIARIOS QUE PADECEN UNA ENFERMEDAD GRAVE O DISCAPACIDAD

(SEGÚN LO DISPUESTO EN LA MEDIDA CAUTELAR S.C.B.A. CAUSA I 75.127)

Nombre y Apellido:

DNI:

CUIL:

Comunico en carácter de Declaración Jurada que padezco una enfermedad grave o discapacidad:

Enfermedad

Discapacidad

Detalle:

Acompaño a esta Declaración el certificado médico e historia clínica en caso de enfermedad, y CUD en el caso de poseer alguna discapacidad.

.....  
Firma.....  
Aclaración